

Лекция 3

Тема: Синдром боли и гипертермии при воспалительных заболеваниях женских половых органов.

План лекции:

1. Этиология, патогенез, классификация воспалительных заболеваний
2. Воспалительные процессы неспецифической этиологии
3. Воспалительные процессы специфической этиологии

Этиология, патогенез, классификация воспалительных заболеваний неспецифической этиологии.

Воспалительные процессы составляют 60–65 % гинекологических заболеваний (по данным обращаемости в женские консультации).

Различают воспалительные процессы неспецифической и специфической этиологии. К первой группе относят воспалительные процессы, вызванные стафилококками, кишечной палочкой, стрептококками, синегнойной палочкой, ко второй – обусловленные трихомонадами, гонококками, кандидами, вирусами, микоплазмами, хламидиями. В развитии воспалительного процесса различают острую, подострую и хроническую стадии, хотя эта дифференциация не всегда представляется возможной. Хронический воспалительный процесс в свою очередь может протекать с частыми обострениями или в виде рубцово-спаечных изменений в половых органах. Независимо от вида повреждающего агента (инфекция, ионизирующая радиация, механические травмы и др.) в клеточных и субклеточных структурах очага воспаления обнаруживают общие изменения, характерные для повреждения (альтерации) тканей. Микроб-возбудитель определяет формирование очага воспаления и возникновение начальных процессов заболевания. В хронической же стадии микробный фактор утрачивает свое ведущее значение, и в развитии заболевания начинают преобладать общие функциональные нарушения. Эти изменения наиболее выражены в нервной, эндокринной, сосудистой и некоторых других системах организма, что во многом определяет клиническую картину заболевания.

2. Воспалительные заболевания нижнего отдела половых органов.

а) Вульвит.

Вульвит – воспаление наружных женских половых органов. Различают первичный и вторичный вульвит. Первичный вульвит возникает в результате травмы с последующим инфицированием травмированных участков. Вторичный вульвит у женщин возникает при наличии воспалительного процесса во внутренних половых органах. Предрасполагающим к развитию вульвита фактором является гипофункция яичников. Больные предъявляют жалобы на жжение и зуд наружных половых органов, особенно после мочеиспускания, гнойные выделения, боли при движениях. Хронический

вульвит характеризуется зудом, жжением, гиперемией, но эти проявления заболевания носят стертый характер. Лечение комплексное, включает применение местных и общеукрепляющих средств. Показано лечение сопутствующих заболеваний (диабет, гнойничковые поражения, гельминтозы, цервицит), на фоне которых нередко развивается вульвит.

б) Бартолинит.

Бартолинит – воспаление большой железы преддверия влагалища. Клиника. Микробы могут поражать выводной проток железы (каналикулит), а также непосредственно железу. При закупорке выводного протока возникает псевдоабсцесс железы. Проникновение микробов в паренхиму железы и окружающую клетчатку ведет к возникновению истинного абсцесса большой железы преддверия влагалища. Абсцесс обычно вызывается смешанной микробной флорой. Лечение. При каналикулитах в острой стадии рекомендуются антибактериальная терапия, пузырь со льдом. При псевдоабсцессе производится операция: вскрывают проток большой железы преддверия влагалища, выворачивают слизистую оболочку и подшивают ее к слизистой вульвы. При возникновении истинного абсцесса большой железы преддверия влагалища показано срочное оперативное вмешательство. Над опухолью в области наружной поверхности большой половой губы производится крестообразный разрез до нижнего полюса гнойника с последующим рыхлым дренированием.

в) Кольпит.

Кольпит – воспаление слизистой оболочки влагалища. Неспецифический кольпит может быть вызван стафилококком, кишечной палочкой, стрептококком и др. Нередко кольпит обусловлен смешанной инфекцией, а также трихомонадами. Предрасполагающими к развитию кольпита факторами могут быть снижение эндокринной функции яичников, наблюдаемое при хроническом воспалении придатков, в пубертатном и старческом возрасте, нарушение целостности эпителиального покрова, патологические выделения из канала шейки матки с вторичным вовлечением в воспалительный процесс влагалища и др.

Клиника. Основным признаком кольпита являются серозно-гнойные бели, которые характерны как для острой, так и для хронической стадии заболевания. При остром кольпите больные предъявляют жалобы на зуд и жжение в области влагалища, вульвы, усиление болей и жжения при мочеиспускании. В хронической стадии эти явления стихают.

Бактериоскопические, а иногда и бактериологические исследования содержимого влагалища, уретры, канала шейки матки, выводных протоков больших желез преддверия позволяют решить вопрос об этиологии воспалительного процесса. При наличии неспецифического кольпита проводится общее и местное лечение. Местная заключается в туалете наружных половых органов и спринцевании влагалища. Местно могут быть

применены антибиотики, однако, только после предварительного определения чувствительности к ним микробной флоры в сочетании с физиотерапией. Обязательному лечению подлежат сопутствующие гинекологические заболевания; благодаря этому нормализуется содержание гликогена в эпителии влагалища и развивается нормальная влагалищная флора.

г) Цервицит.

Эндоцервицит – воспаление слизистой оболочки канала шейки матки. Возбудителем являются стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, энтерококки, гонококки, вирусы, кандиды. Возникновению эндоцервицита способствуют разрывы шейки матки, происшедшие во время родов, аборт, заболевания других отделов половой системы (кольпиты, сальпингоофориты, псевдоэрозии шейки матки и др.).

Клиника. В острой стадии больные предъявляют жалобы на появление слизисто-гнойных белей, иногда тянущие боли в нижних отделах живота и пояснице. В хронической стадии больных жалоб не предъявляют, редко отмечают выделение слизистого характера из половых путей. При длительном течении заболевания шейка матки гипертрофируется, нередко возникает псевдоэрозия.

Лечение. В острой стадии назначают антибиотики или сульфаниламидные препараты, спринцевание. При возникновении эндоцервицита на фоне разрывов шейки матки, после противовоспалительного лечения показана пластическая операция шейки матки.

3. Воспалительные заболевания органов малого таза.

а) Эндометрит.

Возникновению эндометрита (воспаление слизистой оболочки матки) способствуют осложненные аборты, роды, диагностическое выскабливание матки, гистеросальпингография и другие внутриматочные вмешательства.

Клиника. Отмечаются повышение температуры, боли внизу живота и в паховых областях, слизисто-гнойные жидкие выделения, иногда с неприятным запахом (кишечная палочка); эпителиальный покров на некоторых участках эндометрия может быть десквамирован, в результате чего к гнойным выделениям присоединяются кровянистые.

Диагностика. Распознавание болезни обычно не представляет затруднений. Анамнестические данные (внутриматочное вмешательство, некроз подслизистого узла), повышение температуры, болезненность матки при исследовании, гнойные выделения из нее и циклические нарушения менструального цикла позволяют поставить правильный диагноз.

Лечение. При остром эндометрите назначаются постельный режим, холод на низ живота, антибиотики и сульфаниламиды, болеутоляющие, седативные,

десенсибилизирующие средства, витамины, нормализующие проницаемость сосудистой стенки; при кровянистых выделениях назначают средства сокращающие матку.

б) Сальпингит, сальпингоофорит.

Сальпингоофорит – воспаление придатков матки, относится к наиболее часто встречающимся заболеванием половой системы. Возникает обычно восходящим путем при распространении инфекции из влагалища, полости матки, чаще всего в связи с осложненными родами и абортами, а также нисходящим – из смежных органов (червеобразный отросток, прямая и сигмовидная кишка) или гематогенным путем. Клиника. Начало сальпингоофорита может быть острым, подострым и хроническим. Для острого сальпингоофорита характерны боли внизу живота и в пояснице, повышение температуры, дизурические и диспепсические явления, изменение крови, присущие воспалительному процессу, выраженные в той или иной степени процессы экссудации и инфильтрации в области придатков матки и окружающих тканей. Для хронической стадии процесса характерны уплотнение, ограничение подвижности, нерезко выраженная болезненность придатков при их смещении вследствие спаечного процесса.

Диагностика. Диагноз воспаления придатков матки основывается на данных анамнеза, особенностях клинического проявления заболевания, увеличении придатков матки с одной или двух сторон, изменении гематологических показателей и др.

Лечение острых и подострых воспалительных процессов проводится в стационаре. В острой стадии заболевания то же, что и при остром эндометрите. Основная цель терапии хронического сальпингоофорита в стадии ремиссии заключается в достижении обезболивающего и фибринолитического эффекта, а также восстановлении функции эндокринной, нервной, сосудистой и других систем. При нарушении гормональной активности яичников в стадии ремиссии проводится коррекция гормональными и негормональными препаратами.

4. Показания и методы хирургического лечения воспалительных заболеваний неспецифической этиологии.

Показания определены достаточно четко:

1. Наличие в придатках матки опухолевидного образования, не поддающегося консервативной терапии. Если после консервативной терапии исчезает болевой синдром и рассасывается опухолевидное образование, то лечение можно считать успешным. Однако если через 2–3 мес. возникает рецидив, который снова поддается терапии, а после кратковременной ремиссии опять возникает рецидив, то больную следует оперировать.

2. Невозможность исключить наличие истинной опухоли яичника. При наличии опухолевидных образований проводить терапию более 3 мес. не

рекомендуется. Противовоспалительная терапия может расцениваться и как диагностический тест: если под воздействием лечебных факторов образование не уменьшается, то нельзя исключить истинную опухоль, и показано оперативное лечение.

3. Гнойное тубовариальное образование. В этих случаях имеют место симптомы раздражения брюшины, высокий лейкоцитоз, лихорадочное состояние и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Хирургическое пособие при гнойных воспалительных образованиях придатков матки относится к разряду наиболее сложных, так как требует широкой общехирургической и урологической подготовки. Любая операция, производимая по поводу воспалительных, особенно гнойных, образований придатков матки, атипична. Это обусловливается чрезвычайным многообразием и подчас непредсказуемостью спаечного и воспалительно-инфильтративного процесса. Во время операции следует удалить полностью опухолевидные воспалительные образования и свободно лежащие некротические ткани. При необходимости объем операции может быть расширен до экстирпации матки с придатками. Кроме того, обязательно полное опорожнение гнойников (если они имеются) в брюшной полости и малом тазе. При разлитом перитоните следует поступать по общехирургическим правилам, а именно: широко дренировать брюшную полость через боковые каналы и оставить микроирригаторы для введения в брюшную полость антибиотиков, а при необходимости осуществить перитонеальный диализ.

5. Воспалительные заболевания специфической этиологии.

а) Гонорея.

Гонорея – венерическая болезнь, вызываемая гонококками. Среди специфических воспалительных заболеваний женских половых органов гонорейная инфекция наблюдается у 5–25 % больных, занимая второе место после трихомониаза. Основным путем заражения гонореей половой и в очень небольшом проценте случаев оно происходит неполовым путем (через различные предметы обихода – белье, губки, полотенце). Гонорея характеризуется преимущественным поражением слизистых оболочек мочеполовых органов.

По клиническому течению различают, свежую и хроническую гонорею. Свежая гонорея в свою очередь делится на острую, подострую и торпидную. Для гонореи типична многоочаговость поражения. Существуют два пути распространения гонорейной инфекции: восходящий – уретра, шейка матки, эндометрий, трубы, брюшина и гематогенный – проникновение гонококков в кровяное русло. Наиболее часто инфекция распространяется первым путем, особенно при менструации. Диагностика. Основывается на клинических проявлениях заболевания и обнаружении гонококков в мазках, взятых из уретры, шейки матки или других очагов инфекции. Диагноз гонореи с

достоверностью может быть поставлен только при обнаружении гонококков, поэтому лабораторным методам исследования в диагностике этого заболевания придается первостепенное значение.

Лечение должно быть комплексным. Оно включает антибактериальную, иммуностимулирующую и местную противовоспалительную терапию. К хирургическому вмешательству прибегают при наличии пиосальпинкса, пиовара, а также tuboовариальных образований.

б) Трихомониаз.

Трихомониаз – инфекционное заболевание, вызываемое влагалищной трихомонадой. Трихомониаз передается половым путем. Воспаление, возникающее под воздействием трихомонад, следует рассматривать как протозойно-бактериальное, так как наряду с трихомонадами в ней участвуют кокки, грибы, что следует учитывать при лечении. Наиболее часто трихомонады поражают влагалище, реже – мочеиспускательный канал, мочевого пузыря, выводные протоки больших желез преддверия влагалища, само преддверие, слизистую оболочку канала шейки матки, придатки. Для трихомониаза, как и для гонореи, характерна многоочаговость поражения.

Основными проявлениями заболевания служат обильные жидкие пенистые бели серо-желтого цвета, которые вызывают зуд и жжение в области наружных половых органов. Диагностика основывается на клинических проявлениях заболевания и обнаружения трихомонад.

Лечение. Одновременно проводится лечение жены и мужа. Кроме специфической терапии назначаются средства, влияющие на сопутствующую микрофлору. Основным, наиболее эффективным, средством лечения трихомониаза является метронидазол (трихопол, флагил). Контроль излеченности осуществляется в течение 2–3 менструальных циклов после проведенного лечения. Мазки берутся на 1–3^й день после менструации.

в) Хламидиоз, урео- и микоплазмоз.

Микоплазмы – наиболее мелкие микроорганизмы, обитающие на слизистых оболочках рта, дыхательных путей, нижних отделов мочеполовых путей. При воспалительных заболеваниях половых органов женщины эти микроорганизмы поражают влагалище, шейку матки, эндометрий, маточные трубы. Микоплазмы распространяются половым путем, и часто обнаруживается у больных гонореей, трихомониазом, являясь сопутствующей флорой.

Картина заболевания мочеполовых органов женщины, вызванного микоплазмами, мало отличается от проявлений сальпингитов, кольпитов, цервицитов другой этиологии. Основными методами лабораторной диагностики микоплазмозов являются выделение чистой культуры микоплазм на питательных средах и установление их вида.

Лечение. Наиболее эффективны антибиотики: тетрациклин, мономицин, канамицин, левомецетин, линкомицин. Заболевания половой системы, вызванные хламидиями, часто рецидивируют и нередко принимают хроническое течение. У женщин эта патология иногда приводит к первичному и вторичному бесплодию.

Клиника. Обычно наблюдаются скудные выделения из уретры или влагалища, зуд в мочеиспускательном канале, в области наружных половых органов, боли в паховых областях, промежности, пояснице. Бактериоскопическому исследованию нужно подвергать отделяемое парауретральных протоков. Лечение. Назначают тетрациклин или эритромицин в суточной дозе 1–1,2 г. в течение 7–14 дней.

г) Генитальный кандидоз.

Кандидоз – заболевание, вызываемое дрожжеподобными грибами. Возникновение его может быть обусловлено:

- 1) экзогенными факторами, способствующими проникновению грибковой флоры в организм и снижающими общую реактивность женского организма;
- 2) эндогенными факторами, ведущими к снижению сопротивляемости организма (длительно текущие заболевания);
- 3) патогенностью грибов, вызывающих дисбактериоз, который в свою очередь является результатом длительной антибиотикотерапии.

Различают кандидамикоз вульвы, влагалища, матки и придатков матки.

Кандидозный вульвит. Для этого заболевания характерна гиперемия кожи вульвы и слизистой оболочки преддверия влагалища. На коже вульвы возникают везикулы, затем эрозии, сливающиеся между собой и покрывающиеся корочками, что сопровождается зудом и жжением.

Кандидозный кольпит. В настоящее время встречается наиболее часто. Отмечается жжение, зуд, боли во влагалище, бели. При осмотре стенок влагалища обнаруживают гиперемию, отек слизистой оболочки влагалища, налеты белого цвета творожистого характера; при снятии налетов обнажаются эрозированные участки. Диагностика. Основывается на обнаружении возбудителя в мазках, взятых с пораженных участков.

Лечение. Местная терапия в сочетании с энтеральным назначением нистатина или леворина (500 000 ЕД. 3–4 раза в день на протяжении 3 нед.). Одновременно назначаются антигистаминные препараты, поливитамины, общеукрепляющая терапия.

д) Генитальный герпес.

Возбудителем герпетических заболеваний половых органов является вирус простого герпеса (ВПГ). Генитальный герпес передается половым путем,

причем источником инфекции могут быть не только больные с клинически выраженными симптомами, но и носители вируса простого герпеса.

Заражение не всегда вызывает клинически выраженное заболевание, имеют место носительство и латентное (частое) течение процесса. Заболевание протекает в виде следующих клинических форм:

I – острая первичная;

II – хроническая рецидивирующая;

III – атипичная.

Характерный признак ВПГ – появление отдельных или множественных везикул на фоне гиперемированной, отечной слизистой оболочки пораженного участка. При выраженных проявлениях заболевания нередко возникают жалобы на недомогание, головную боль, раздражительность, нарушение сна, иногда наблюдаются субфебрилитет и увеличение регионарных лимфатических узлов. Распознаванию герпеса половых органов способствуют анамнез, жалобы и данные объективного исследования. Диагностика герпетической инфекции основана на обнаружении ВПГ или его антител в сыворотке крови больной.

Лечение герпеса половых органов является сложной задачей в связи с недостаточностью средств, оказывающих прямое, специфическое действие на ВПГ. В связи с реальной угрозой вторичной инфекции рекомендуют местное применение антибиотиков (тетрациклиновая, синтомициновая мази), пасты Лассара или подсушивающие присыпки из талька, каолина, окись цинка; используют также растворы анилиновых красок и другие средства.

е) Туберкулез гениталий.

Туберкулез – общее инфекционное заболевание, одним из местных проявлений которого служит поражение половых органов. Туберкулез может поражать все отделы половой системы. Однако по частоте локализации процесса на первом месте стоят маточные трубы (80–90 %), затем матка, преимущественно эндометрий (35–50 %), яичники (1–12 %); значительно реже встречается туберкулез шейки матки, влагалища, вульвы (0,5–9 %).

Общие симптомы, наблюдаемые при туберкулезе половых органов, многообразны и сходны с симптомами туберкулеза любой локализации: ухудшение состояния, слабость, недомогание, субфебрильная температура, ухудшение аппетита, быстрая утомляемость, повышенная нервная возбудимость, тахикардия, плохой сон, потение по ночам. Больные предъявляют жалобы на боли внизу живота и в поясничной области, бели, нарушение менструального цикла. Бесплодие, в основном первичное, является одним из наиболее характерных симптомов генитального туберкулеза. Важное значение в определении этиологии патологического процесса имеют лабораторные методы исследования (посевы ткани эндометрия на микобактерии туберкулеза, биологические методы –

заражение морских свинок, цитологические и гистологические исследования эндометрия). Туберкулинодиагностика дает возможность судить об общей реактивности организма больной и степени активности туберкулезного процесса в половых органах (местная реакция). Рентгенодиагностика основывается на обнаружении экстрагенитальных очагов специфического процесса, что обуславливает обязательность проведения всем больным рентгенографии легких (для выявления петрификатов, запаянных синусов плевры) и брюшной полости (для обнаружения кальцификации в трубах, яичниках, лимфатических узлах). Из рентгенологических методов наиболее информативна метросальпингография, позволяющая типичные для туберкулеза изменения контуров полости матки и маточных труб. Характерными признаками являются деформация полости матки в результате сращений, частичная или полная облитерация ее полости при длительном течении туберкулезного эндометрита.

Лечение туберкулеза женских половых органов должно быть комплексным. Основным компонентом лечения, кроме рационального режима труда и отдыха, полноценного питания, является химиотерапия, направленная на подавление интенсивного размножения микобактерий туберкулеза в пораженных органах. Для предупреждения образования и уменьшения уже имеющихся спаек, ликвидации болей, улучшения общего состояния применяют биостимуляторы и физические методы лечения: электрофорез, ультразвук, синусоидальные модулированные токи, фонофорез гидрокортизона, грязелечение. Хирургическое лечение показано в случаях туберкуломы (казеозные очаги) в придатках матки, безуспешной консервативной терапии у больных с пиосальпинксом, тубоовариальными воспалительными образованиями, свищами, резкими болевыми симптомами, обусловленными неправильным положением матки и спаечными изменениями в малом тазу и в случаях сочетания туберкулеза половых органов с неспецифическими заболеваниями половых органов, требующих оперативного вмешательства.